

INTOKSIKAATIOPOTILAIKEN PSYKIATRISIA PIIRTEITÄ TAMPEREEN YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN ENSIAPU ACUTASSA VUONNA 2014

Tiia Merkkiniemi

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Tampereen yliopisto

Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

Marraskuu 2017

Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta
Akuuttilääketieteen tutkimusryhmä

MERKKINIEMI TIIA:

INTOKSIKAATIOPOTILAIEN PSYKIATRISIA PIIRTEITÄ TAMPEREEN YLIOPISTOLLISEN
SAIRAALAN ENSIAPU ACUTASSA VUONNA 2014

Kirjallinen työ, 29s.

Ohjaajat: LT, lastenkirurgian erikoislääkäri Satu-Liisa Pauniahon ja sosiaalipsykiatrian professori Sami Pirkola

Marraskuu 2017

Avainsanat: intoksikaatio, yliannostus, myrkytys, ensiapu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Tampereen yliopistolliseen sairaalan (Tays) vuonna 2014 saapuneiden intoksikaatiopotilaiden hoitoon tulon taustoja. Tavoitteena oli kuvata intoksikaatiotapausten määrää ja luonnetta sekä potilaiden piirteitä. Näkökulmaksi valittiin alkoholin ja muiden päihteiden käyttö intoksikaatioissa, psyyke- ja unilääkkeiden osuus lääkevalinnoissa sekä tapausten itsetuhoisuuden luonne. Pyrkimyksenä tutkimuksessa oli löytää toistuvia ja tunnistettavia piirteitä, joiden avulla voitaisiin tunnistaa kohonneessa itsemurhariskissä olevat henkilöt.

Lopullisen aineiston koko oli $n=372$. Intoksikaatiopotilaista 51,6 % oli naisia. Potilaiden keski-ikä oli 40 vuotta (jakauma 1-92v) ja mediaani 38v. 52,7 % myrkytyksistä oli itsetuhoisia, 18 % kohdalla tietoa itsetuhoisuudesta ei löytynyt/ollut kirjattu. Yleisin elämässä tapahtunut takaisku liittyi ihmissuhteisiin, 43 %. Aineiston potilaista 54 %:lle tehtiin psykiatrinen konsultaatio ja 66 % ohjattiin psykiatriseen jatkohoitoon. Kolmessakymmenessäneljässä prosentissa tapauksista oli käytetty bentsodiatsepiini-johdannaisia, ja ne olivat yleisin lääkeaineryhmä koko aineistossa. 62 % koko aineistosta oli käyttänyt jotain tutkittuihin psykiatrilääkeryhmiin kuuluvaa lääkettä. Lääkkeiden ja alkoholin lisäksi 13 % käytti jotain muuta huumausainetta.

Kaikista intoksikaatioista 40 % kirjattiin Acutaan aikavälillä klo 18–00. Tänä aikana tulleista myrkytyspotilaista 50 % oli itsetuhoisia. Viikonpäivien välillä ei esiintynyt eroa.

Tämä tutkimus oli yhdenmukainen aiempien tutkimusten kanssa. Bentsodiatsepiinit ja muut psykiatrilääkkeet olivat yleisiä lääkeaineryhmiä myrkytyksissä. Tutkimus tuki myös osittain aiempaa havaintoa siitä, että yli 0,5 promillen päihtymys lisää itsetuhoisuusriskiä. Eroa suunnitelmallisesti itsetuhoisten ja täysin impulsiivisesti tehtyjen yritysten välillä ei pystytty tekemään, joten alkoholin rooli itsemurhaan liittyen jäi epäselväksi. Useat potilaat olivat itsetuhoisia, mutta vain pieni osa oli hengenvaarassa. Tämä tulisi tunnistaa avunpyyntönä. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi pyrkiä tunnistamaan korkean riskin potilaan mahdollisimman pian, jotta toistuvilta intoksikaatioilta välttyttäisiin. Tutkimuksen mukaan sairaalaan asti päässeiden potilaiden ennuste on hyvä. Kuolleisuus tässä potilasaineistossa oli matala.

Sisällys

1. Taustat ja tarkoitus	4
2. Kirjallisuuskatsaus	5
2.1. Intoksikaatiot	5
2.2. Psykelaäkkeiden toiminta ja myrkytystilanteet	6
2.2.1 Antidepressantit	6
2.2.2. Antipsykootit	7
2.2.3. Bentsodiatsepiinit	7
2.2.4. Opioidit	8
2.3. Parasetamoli	9
2.4. Alkoholin roolista itsemurhayrityksissä	9
2.5. Intoksikaatiopotilaan hoito	10
3. Aineisto ja menetelmät	11
4. Tulokset	12
4.1. Yleisiä tuloksia	12
4.2. Päihteiden käyttö potilasaineistossa	18
4.3. Kuolleisuus aineistossa	19
5. Pohdinta	19
5.1. Yleinen pohdinta	19
5.2. Vahvuudet ja heikkoudet	21
6. Lähteet	23
7. Liitteet	25

1. Taustat ja tarkoitus

Itsemurha on kahdenkymmenen yleisimmän kuolinsyyn joukossa kaikenikäisillä, kolmanneksi yleisin kuolinsyyn 15–44-vuotiailla henkilöillä ja toiseksi yleisin kuolinsyyn 10–24 vuotiailla [1]. Suomessa vuonna 2014 kaikkiaan 789 ihmistä päätyi itsemurhaan. Itsemurhakuolleisuus 100 000 asukasta kohti oli tuolloin miehillä 22,3 ja naisilla 6,9 [2]. Itsemurha on merkittävä kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen ongelma maailmanlaajuisesti ja sen ennaltaehkäisy tämän vuoksi tärkeää. Itsemurhiin verrattuna itsemurhayrityksiä tehdään jopa 20 kertaa useammin [3].

Tärkein itsemurhan riskitekijä on olemassa oleva mielenterveyden häiriö kuten masennus tai ahdistus, sekä erityisesti useampien häiriöiden esiintyminen samanaikaisesti [3]. Aikaisemmat itsemurhayritykset ja negatiiviset elämäntapahtumat ovat myös merkittäviä itsemurhien riskitekijöitä [4]. Lisäksi huonojen taloudellisten olosuhteiden ja työttömyyden on todettu olevan huomattavia terveyden riskitekijöitä [5]. Alkoholin kroonistuneen käytön uskotaan olevan itsemurhan ja sen yrittämisen tärkeä riskitekijä. Kroonistuneiden käyttäjien joukosta itsemurhaa yrittäneillä tai itsemurhaan menehtyneillä on voitu osoittaa esiintyneen yhtä aikaa depressiota, impulsiivisuutta, päihdekäyttöä sekä stressaavia elämäntapahtumia [6]. Alkoholin ongelmakäyttäjien ja alkoholiriippuvaisten joukosta olisikin tärkeää pystyä tunnistamaan itsemurhariskissä olevat muun muassa päivystyksessä ja vieroitushoidossa.

Myrkytykset ovat olleet erityisesti naisten keskuudessa varsin yleinen itsemurhatapa [7]. Lääkkeiden käyttö voidaan nähdä helppona tapana riistää oma henki erityisesti silloin, kun henkilöllä on kotona reseptilääkkeitä, jotka isoina annoksina otettuna ovat letaaleja. Lisäksi osa reseptivapaista lääkkeistä, kuten esimerkiksi parasetamoli-valmisteet, on suurina annoksina hengenvaarallisia.

Kliinisen kokemuksen perusteella yleisimmin sairaalahoitoon johtaneet lääkeyliannokset tapahtuvat parasetamolilla, bentsodiatsepiineilla, antidepressanteilla ja antipsykooteilla. Osa intoksikaatiosta on itsetuhoisuuden sijaan tahattomia ja voi johtua kahden samaa lääkeainetta sisältävän lääkkeen yhteiskäytöstä tai lääkkeiden päihdekäytön aiheuttamasta yliannostuksesta. Lääkkeet näyttävät korvanneen osan laittomista huumeaineista, ja suomalaiset asiantuntijat pitävät lääkkeiden päihdekäyttöä kasvualueena huumeiden käytölle [8]. Toisaalta tämä antaa lääkäreille mahdollisuuden puuttua väärinkäyttöriskeihin.

Bentsodiatsepiinien väärinkäyttö on puhuttanut ja niihin liittyvän riippuvuuteen on jo olemassa ohjeita [9]. Hämeenlinnan ensihoitoalueella vuonna 2012 toteutetussa tutkimuksessa bentsodiatsepiinit olivat yleisimmin käytetty lääkeaine intoksikaatioissa [10]. Suomessa huumeisiin liittyvissä kuolemantapauksissa yleisimpänä

ovat opioidit. Bentsodiatsepiineja käytetään päihdetarkoituksessa vahvistamaan muiden lääkkeiden, kuten opioidien, antipsykoottien, masennuslääkkeiden sekä alkoholin vaikutusta. Huumaustarkoituksessa käytetään pääasiassa nopeavaikuttavia bentsodiatsepiineja. [11]

Opioidien ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttöä päihdetarkoituksessa on selvitetty oikeustieteellisesti tutkituilla vainajilla vuosina 2000–2008 vuonna 2010 julkaistussa tutkimuksessa. Sen mukaan 75 % opioidilöydöstapauksista löytyi verestä myös bentsodiatsepiineja. Yksittäisenä mielenkiintoa herättävänä opioidina nostettiin esiin buprenorfiinin aiheuttamat myrkytyskuolemat, joiden yhteydessä bentsodiatsepiinien käyttö oli yleisintä koko aineistossa (73,8 %) ja sitä löydettiin 82,4 % tapauksista. Buprenorfiinia käytetään kipulääkkeenä sekä opioidiriippuvaisten korvaus- ja vierotushoidoissa. Tutkimuksessa havaittiin, että buprenorfiinin mediaanipitoisuudet olivat hoitoalueella. Tämä tukisi käsitystä siitä, että mikäli buprenorfiinia käytetään samanaikaisesti muiden lääkkeiden kanssa, voi yliannostusta pienempikin annos olla letaali. Tutkimuksen mukaan 94 % buprenorfiinimyrkytyksistä oli väärinkäyttöön liittyviä tapaturmia. [11]

Päihteiden ongelmakäyttö on yleistä varsinkin ahdistuneisuushäiriöitä, masennusta ja joitakin persoonallisuushäiriöitä sairastavilla [12]. Noin 30 %:lla psykiatrisia häiriöitä potevista on jossakin vaiheessa myös päihdeongelma. Päihteet voivat myös aiheuttaa erilaisia psyykkisiä oireita. Alkoholiongelmaisista noin 40 %:lla on jossakin elämänsä vaiheessa jokin päihteistä riippumaton psykiatrinen häiriö, huumeongelmaisilla vielä useammin [12].

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Tampereen yliopistolliseen sairaalan (Tays) vuonna 2014 saapuneita intoksikaatiopotilaita. Tavoitteena oli kuvata intoksikaatiotapausten määrää ja luonnetta sekä potilaiden piirteitä. Näkökulmaksi valittiin alkoholin ja muiden päihteiden käyttö intoksikaatioissa sekä psyyke- ja unilääkkeiden osuus lääkevalinnoissa ja tapausten itsetuhoisen luonne. Pyrkimyksenä tutkimuksessa oli löytää toistuvia ja tunnistettavia piirteitä, joiden avulla voitaisiin tunnistaa kohonneessa itsemurhariskissä olevat henkilöt. Tutkimustuloksia voidaan mahdollisesti käyttää itsemurhan ennaltaehkäisyssä. Tämä olisi tärkeää, koska itsemurhat ovat maailmanlaajuisesti suuri ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja ja ongelma.

2. Kirjallisuuskatsaus

2.1. Intoksikaatiot

Intoksikaatiolla tarkoitetaan lääkeaineen, alkoholin tai muun myrkyn aiheuttamaa elimistön häiriötilaa. Myrkytykset voivat olla tahattomia ja johtua omien lääkkeiden annosteluvirheistä, myrkyllisen kasvin tai hedelmän syömisestä tai päihdekäyttöön tarkoitetun aineen liika-annostuksesta. Ne voivat aiheutua myös ammatin, ympäristön tai lääkinnällisen käytön seurauksena. Myrkyt vaikuttavat elimistöön eri tavoin, estämällä tai muuttamalla solujen ja elinten normaalia toimintaa sekä vaikuttamalla aineiden kulkuun solujen ja soluväliaineen sekä veren välillä. Myrkyt voivat myös estää elimistön saamasta elintärkeitä aineita ympäristöstä. [13]

2.2. Psykelaäkkeiden toiminta ja myrkytystilanteet

2.2.1 Antidepressantit

Ensimmäisen polven antidepressantteina pidetään trisyklisiä antidepressantteja sekä MAO- estäjiä. Niitä käytetään lähinnä masennuksen hoidossa ja trisyklisiä lisäksi myös nostamaan kipukynnystä neuropaattisessa kivussa. Pienillä annoksilla syklisten antidepressanttien toiminta on toisistaan erottuvaa, mutta erojen tärkeys vähenee yliannostuksia seuraavissa, suuremmissa plasmapitoisuuksissa. Syklisten masennuslääkkeiden hajotessa muodostuu aktiivisia metaboliitteja, joiden vuoksi kliininen toksisuus kestää pidempään. [13]

Syklisten antidepressanttien yliannostuksen merkinä voidaan nähdä lievät ns. antimuskariinioireet kuten kuiva suu ja sinustakykardia. Näiden lisäksi voi esiintyä vakavia kardiotoxisia oireita, seurauksena natriumkanavien inhiboinnista. Tavallisimpana oireena on tajunnan lasku, (Glasgow kooma-asteikolla alle 8). [13] Vaikka potilas olisi aluksi oireeton, tulee häntä seurata kuuden tunnin ajan, koska tila voi heikentyä hetkessä.

Toisen sukupolven antidepressantteina pidetään uusia, selektiivisempia masennuslääkkeitä, muun muassa tratsodonia ja serotoniinin takaisinotonestäjiä eli SSRI- lääkkeitä, sekä SNRI ja muita aivojen monoamiinivälittäjäaineisiin vaikuttavia lääkkeitä. Toisen polven antidepressantteja käytetään vakavan masennuksen, pakko- oireisen käytöshäiriön, paniikkihäiriön ja syömishäiriöiden hoidossa. Yliannostuksissa näiden toksisuus on pienempää kuin ensimmäisen polven antidepressanteilla, ja niihin yhdistetään matalampi kuolleisuus. Kuolleisuusaste kuitenkin kasvaa yhteiskäytössä muiden lääkkeiden kanssa. Kaiken kaikkiaan toisen polven lääkkeet ovat heterogeeninen ryhmä, jotka eroavat toimintatavaltaan, kemialliselta koostumukseltaan, farmakokineettisiltä toiminnoiltaan sekä haittavaikutuksiltaan toisistaan. [13]

Fluoksetiini on ainoa SSRI- lääke, jolla on kliinisesti merkittävä, yhtä tehokkaasti toimiva metaboliitti, norfluoksetiini. Tämän vuoksi lääkkeen terapeuttinen vaikutus voi kestää jopa 5 viikkoa. SSRI- lääkkeet

hajoavat primaaristi maksan sytokromi P450- reitillä, joten samaa reittiä käyttävät lääkkeet voivat joko nostaa tai laskea lääkkeen vaikutusta riippuen vaikutustavasta. SSRI- lääkkeiden vakavin haittavaikutus on hengenvaarallisen serotoniinisyndrooman muodostuminen. Syndrooma muodostuu, kun serotoniinin sentraalinen neurotransmissio nousee. Syndrooman lievemmat muodot diagnosoidaan usein virheellisesti psykiatrisiksi häiriöiksi epäspesifisten oireiden takia, vakavammat muodot taas maligniksi neuroleptisyndroomaksi. Syndrooman tunnistaminen on tärkeää, jotta päivystyksen henkilökunta ei toimillaan pahentaisi sitä jatkamalla serotoninergisia lääkannoksia. Syndrooman oireita ovat psyykemuutokset, hypertermia sekä lisääntynyt lihastonius sekä tärkeimpänä tahattomia nytkähdyksiä aiheuttava myoklonus. [13] Diagnosointi perustuu kliiniseen epäilyyn ja tutkimukseen.

Serotoniinin tai noradrenaliinin takaisinoton estäjät eli SNRI- lääkkeet ovat SSRI- lääkkeitä epäselektiivisempiä. Niiden haittavaikutusprofiilit vastaavat kuitenkin toisiaan [13].

2.2.2. Antipsykootit

Ensimmäiset antipsykootit, klooripromatsiini ja haloperidoli ovat spesifejä psykoosin positiivisia oireita kohtaan, mutta niistä ei ole apua negatiivisiin oireisiin. Näihin liitetään myös merkittäviä haittavaikutuksia. Seuraavan polven psykoosilääkkeet, jotka tehosivat myös negatiivisiin oireisiin, vapautuivat markkinoille 1990- luvulla. Kolmannen polven antipsykootina pidetty aripipratsoli tuli markkinoille 2002 ja sen käyttöaiheena on skitsofrenian hoito. Antipsykootteja käytetään psykoosin lisäksi levottomuuden, pahoinvoinnin ja oksentelun, päänsärkyjen sekä useiden erilaisten tahattomien motoristen sairauksien kuten Touretten- ja Huntingtonin syndroomien hoidossa. [13]

Kaikki antipsykootit sitoutuvat pre- ja postsynaptisiin dopamiinireseptoreihin keskushermostossa ja inhiboivat niiden toimintaa. Korkean potenssin lääkkeet, haloperidoli, flufenatsiini ja tiotikseeni ovat vähemmän sedatoivia, mutta niihin liittyy suurempi todennäköisyys extrapyramidaalioireisiin kuin matalan potenssin lääkkeillä, kuten klooripromatsiinilla ja tioridatsiinilla. [13] Extrapyramidaalioireet liittyvät dopamiinireseptorin inhibointiin basaalganglioissa.

Yliannostuksissa potilaiden oireina on takykardiaa, kuivat limakalvot ja iho, heikentyneet suoliäänet, pupillien laajeneminen, virtsaretentio, levottomuus, delirium ja hypertermia. Nämä oireet muistuttavat antikolinergisten lääkkeiden myrkytystä, koska useilla antipsykootteilla on antikolinergisia vaikutuksia. [13] Potilaiden vointia tulisi seurata vähintään kuuden tunnin ajan.

2.2.3. Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiinien vaikutusta ei täysin tunneta. Niiden tiedetään kuitenkin stimuloivan alfa-tyyppistä GABA- reseptoria keskushermostossa. Tämä vaikuttaa solukalvon kloridikanaviin ja aiheuttaa lepojännitteen laskun, mikä vaikeuttaa kynnysjännitteen saavuttamista. Bentsodiatsepiineja käytetäänkin ahdistuksen, unettomuuden, halvausten ja alkoholiriippuvuuden hoidossa. Lisäksi lyhytvaikutteista midatsolaamia käytetään potilaan rauhoittamisessa eli sedaatioissa ja yleisanestesiassa. [13]

Myrkytyksen kliininen kuva on epäspesifinen ja voi vaihdella riippuen siitä, onko potilas käyttänyt yhtä aikaa muita lääkeaineita. Hallitsevat oireet ovat neurologisia, kuten uneliaisuus, huimaus, epäselvä puhe, koordinaatiovaikeudet sekä yleinen vaikeus kognitiivisissa toiminnoissa. Osa bentsodiatsepiineista, muun muassa loratsepaami, midatsolaami ja triatsolaami, voi aiheuttaa myös anterogradista amnesiaa eli kyvyttömyyttä muodostaa uusia muistikuvia. Ahdistus, aggressiivisuus ja vihamielinen käyttäytyminen ovat harvinaisempia, mutta raportoituja oireita yliannostuksissa. Niitä esiintyy lähinnä hyperaktiivisilla lapsilla ja psykiatrisilla potilailla. Yksistään käytettynä bentsodiatsepiineihin liittyy matala kuolleisuus, mutta yhteiskäyttö muun muassa opiaattien tai muiden sedatiivien kanssa voi aiheuttaa merkittäviä haittavaikutuksia kuten hengityslamaa ja hypotensiota. [13]

Bentsodiatsepiineja kohtaan voi kehittyä riippuvuus, erityisesti pidentyneessä käytössä ja käytettäessä suuria annoksia. Väärinkäyttöä päihdetarkoituksessa tapahtuu, joskin harvemmin yksistään bentsodiatsepiineilla. Yleisimmin niitä käytetään yhdessä muiden keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden kuten opiaattien, barbituraattien sekä kokaiinin ja alkoholin kanssa [13].

2.2.4. Opioidit

Opioidit toimivat agonisteina eli reseptorinaktioijina kolmelle eri reseptorille. Niiden avulla ne moduloivat nosiseptiota eli vahingon havaitsemisesta afferenteissa eli vievissä hermosyissä suoliston alueella sekä keskusta- ja ääreishermostossa. Eri reseptorien aktivoituminen johtaa erilaisiin vasteisiin. Myy- reseptorin aktivoituminen aiheuttaa analgesiaa eli kivun lievittymistä, sedaatiota, pupillien supistumista, hengityslamaa, yskänheijasteen vaimenemista, euforiaa ja vähentää suoliston motiliteettia. [13] Kappa- reseptorien aktivoituminen aiheuttaa heikompaa analgesiaa, levottomuutta ja ahdistusta sekä hallusinaatioita. Delta- reseptorien aktivoituminen aiheuttaa heikkoa analgesiaa ja lieviä antidepressanttivasteita, mutta niitä aktivoivien lääkkeiden kliininen rooli on tuntematon. Nykyisin saatavilla olevat opioidit ovat myy- reseptoria aktivoivia.

Täysin opioidien aiheuttamissa myrkytyksissä oireina hengityslama, mielialan lasku, analgesia, ortostaattinen hypotensio eli pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku, pahoinvointi, oksentelu ja paikallisen histamiinin

vapautumisen aiheuttama urtikaria [13]. Pupillien supistumista ei aina tavata ja joskus ne saattavat olla laajentuneetkin, riippuen opioidista. Yleisimmin opioidimyrkytystä epäillään, kun potilaan tajunta on laskenut, hänen pupillinsa ovat supistuneet ja hänellä esiintyy hengityslamaa, jota kuvaa hidas ja pinnallinen hengitys.

Heroiini- ja oksikodoniriippuvuuden hoitoon käytetään buprenorfiinia (mm. Subutex) joka on osittainen agonisti myy- reseptoreille. Buprenorfiinin affiniteetti myy- reseptoreihin on korkea ja niistä dissosioituminen hidasta eli lääkeaine sitoutuu tehokkaasti reseptoreihin ja sitä on vaikea syrjäyttää toisella aineella, minkä lisäksi se irtoaa reseptoreista hitaasti. Näiden seikkojen vuoksi buprenorfiinin vaikutus on pitkäkestoinen. Päihdekäyttö buprenorfiinin kohdalla puhututtaa ja sen sekakäyttö muiden lääkkeiden ja alkoholin kanssa voi olla letaalialia myös hoitotason annoksilla [11]. Buprenorfiini on Suomessa pääosin korvannut heroinin katukäytössä. Päihdekäytössä buprenorfiinia käytetään pääosin suonensisäisesti, koska se vaikutus on tällöin voimakkaampi kuin suun kautta nautittuna. Suonensisäinen käyttö aiheuttaa kuitenkin verisuonten kalkkeutumista ja tulehduksia lääkkeen sisältämien sidosaineiden vuoksi. [14] Korkein pitoisuus veressä saavutetaan 30–60 minuutin kuluttua [13].

2.3. Parasetamoli

Vakavissa parasetamolimyrkytyksissä yliannostelu on usein ollut tahallista. Parasetamolin yliannostukseen liittyy vakava maksavaurioriski. Kodeiinia parasetamolin lisäksi sisältämien yhdistelmävalmisteiden päihdekäyttö nostaa riskiä myös tahattomille parasetamolimyrkytyksille.

Ruotsissa parasetamolia pystyi ostamaan 2009 vuoden jälkeen apteekin lisäksi myös ruokakaupoista ja huoltoasemilta. Vuodesta 2010 vuoteen 2012 aikana Ruotsin myrkytystietokeskuksen raportoinnit liittyen sairaalahoitoa edellyttäneisiin parasetamolimyrkytyksiin kasvoivat lukumäärällisesti 50 %. Lisäksi vuonna 2013 kyselyiden lukumäärä kasvoi edelleen. Ruotsin lääkevalvontaviranomaisten päätöksen perusteella parasetamolin vähittäiskauppalupa peruutettiin. Vuoden 2015 marraskuusta lähtien parasetamolia on saanut ostettua ainoastaan apteekeista. [15]

Suomessa myrkytystietokeskuksen parasetamolia koskevien kyselyiden määrä on kasvanut vuodesta 2001 vuoteen 2014 lukumäärällisesti noin 1100 kappaletta vuosittain. Suomessa Ruotsin kaltaista myyntipolitiikan muutosta ei ole tapahtunut. Parasetamolin reseptivalmisteiden myynti on Suomessa viisinkertaistunut 10 viime vuoden aikana [15].

2.4. Alkoholin roolista itsemurhayrityksissä

Alkoholin käyttö myrkytysten yhteydessä voinee liittyä nimenomaan itsetuhoisuuteen. Aiemmat tutkimukset kertovat, että alkoholin käyttö itsemurhayrityksen aikaan voisi selittyä sen psykologisia rajoja poistavana, rohkeutta lisäävänä ja pelkoja lamaavana tekijänä. Alkoholin käyttö heikentää impulssikontrollia ja toisaalta vähentänee myös kuoleman ja siihen liittyvän kivun pelkoa. [16,17].

Alkoholin on osoitettu poistavan itsemurhaan liittyviä muureja sen biokemiallisesti ja psykologisesti vaikuttavilla mekanismeilla, kuten pienentämällä isoaivojen otsalohkon etuosan kuorikerroksen inhibitorista kontrollia ja lisäämällä kivunsietokykyä. Alkoholi muuntaa emootioiden käsittelyä limbisessä järjestelmässä, jolloin uhkaavien stimulusten erottaminen ei- uhkaavista häiriintyy ja voi johtaa riskialttiiden päätösten tekemiseen. Alkoholi myös aiheuttaa hippokampuksen vaurioitumista, mikä johtaa lisääntyneeseen itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen [16,17].

Tutkimuksen mukaan alkoholi ei välttämättä ole primääri itsemurhan syy, mutta muiden riskitekijöiden esiintyessä alkoholi voi toimia itsemurhaa helpottavana tekijänä [16,17]. Tutkimuksessa osoitettiin, että veren promillepitoisuuden ollessa suurempi kuin 0.5, itsemurhaan liittyvä riski on selkeästi kohonnut [17].

2.5. Intoksikaatiopotilaan hoito

Myrkytyspotilaiden hoitaminen koetaan yleisesti haastavaksi. Tärkeimpänä on taata turvalliset työskentelyolosuhteet potilaan mahdollisen aggressiivisuuden takia. Tarvittaessa poliisilta voidaan pyytää virka-apua. Tajuissaan olevalta potilaalta tulisi selvittää, mitä lääkkeitä hän on ottanut ja kuinka paljon. Tajunnantaso tulee tarkkailla GCS- pisteiden avulla. [10] Tajuttoman potilaan kohdalla ensiaputoimia ovat ABC- ohjeen mukaiset eli ilmateiden avaaminen (Airways), hengityksen tukeminen (Breathing) ja verenkierron turvaaminen (Circulation) [13]. Näiden toimien jälkeen kehon ydinlämpötila, veren happisaturaatioaste sekä verensokeri tarkastetaan. Myrkyjä sitovan lääkehiilen antaminen kuuluu myrkytysten ensiapuun [10, 13].

Yleisessä käytössä ovat myös antidootit eli myrkyjen vasta- aineet. Näiden antamisen jälkeen potilasta tulisi seurata päivystyksessä vähintään kunkin antidootin suositusaika mahdollisten haittavaikutusten ilmenemisen varalta. [13] Parasetamolimyrkytysten hoidossa käytetään N-asetyylikysteiniä, joka toimii glutationin esiasteena ja suurentaa maksasolujen glutationipitoisuutta. Glutationia tarvitaan inhiboimaan parasetamolimyrkytyksessä muodostuvia reaktiivisia metaboliittia, N-asetyyli-b-bentsokinoni-imiiniä [18]. Opioidimyrkytyksissä käytettävä antidootti on puhdas opioidi-antagonisti naloksoni, jolla on suurempi affiniteetti kuin valtaosalla opioideista erityisesti myy- reseptoreihin, ja näin ollen se estää opioidien vaikutuksen [19].

Vatsahuuhteluilla pyritään tyhjentämään mahalaukusta sinne niellyt lääkkeet. Vatsahuuhteluihin liittyy kuitenkin limakalvovaurioiden ja aspiraation riski, minkä takia niiden määrä on laskenut viimeisten vuosikymmenten aikana [10,13]. Vatsahuuhtelua suositellaan käytettäväksi ainoastaan henkeä uhkaavissa myrkytystilanteissa [13]. Suolihuuhteluiden tarkoituksena on nopeuttaa suolen toimintaa ja pyrkiä sillä tavoin estämään lääkkeen imeytymistä. Suurin hyöty suolihuuhtelusta on, mikäli lääkkeet ovat hitaasti vaikuttavia depot-valmisteita tai lääkkeen ottamisesta on kulunut pitkä aika [10]. Verikokeilla tutkitaan munuaisten ja maksan toimintaa sekä ionien konsentraatioita ja veren pH:ta. Lisäksi sairaalassa otetaan ekg ja tarvittaessa huumeeseula.

Myrkytyksen syy ja mahdollinen itsetuhoisuus olisi hyvä pyrkiä selvittämään tilan vakaannuttua potilasta ja mahdollisia silminnäkijöitä haastatteleamalla [10,13]. Tärkeää olisi myös etsiä mahdollista itsemurhaviestä tapahtumapaikalta.

3. Aineisto ja menetelmät

Aineistoksi valittiin Tampereen Yliopistollisen sairaalan (Tays) päivystysyksikössä, Ensiapu Acutassa lääkeaine yliannostuksen vuoksi vuonna 2014 hoidetut potilaat. Potilaat haettiin lääkeaineintoksikaatiota merkitsevän ICD-10 diagnoosikoodin (T36) perusteella Taysin järjestelmätiedoista. Potilaskohtaisia tietoja haettiin Uranus- potilastietojärjestelmän teksteistä. Potilastietojen lisäksi käytiin läpi Fimlabin laboratoriotietoja. Intoksikaation aiheuttaneet lääkeaineet muutettiin Terveysportti- palvelun D-lääketietokannan avulla kunkin lääkkeen valmisteyhteenvedoista löytyviksi ACT- koodeiksi (koodin 5 ensimmäistä kirjainta). Näitä koodeja käytettiin hyväksi, kun lääkkeitä jaoteltiin aineistoa analysoidessa lääkeaineryhmiin (Liite 1).

Järjestelmätiedoista saatiin suoraan tulo- ja poistumispäivämäärät sekä kellonajat ja syntymäajat. Lisäksi haettiin kaikki uloskirjausdiagnoosit intoksikaatiidiagnoosin lisäksi. Potilastiedoista etsittiin manuaalisesti 2 vuoden ajalta aiempia merkintöjä intoksikaatiosta ICD-10 diagnoosin tai muun selkeän merkinnän perusteella. Tähän muuttuun huomioitiin ainoastaan Uranus-potilastietojärjestelmästä löytyvät aiemmat myrkytystapaukset, ei esimerkiksi psykiatrin konsultaatioissa ilmi tulleita muualla hoidettuja tai hoitamattomia. Aineistoa käsiteltiin SPSS- ohjelman ja Office Excelin avulla.

Kaikista potilaista haettiin samat tiedot kahden tutkijan toimesta (Tiia Merkkiniemi ja Sini Heikkonen). Tässä syventävien opintojen raportissa keskityttiin vuoden 2014 intoksikaatiopotilaiden psykiatriseen profiiliin, alkoholin käyttöön myrkytyksen yhteydessä sekä itsetuhoisuuteen. Lääkkeiden osalta kiinnostuksen kohteina olivat psyykelääkkeet ja päihteiden riskikäyttö.

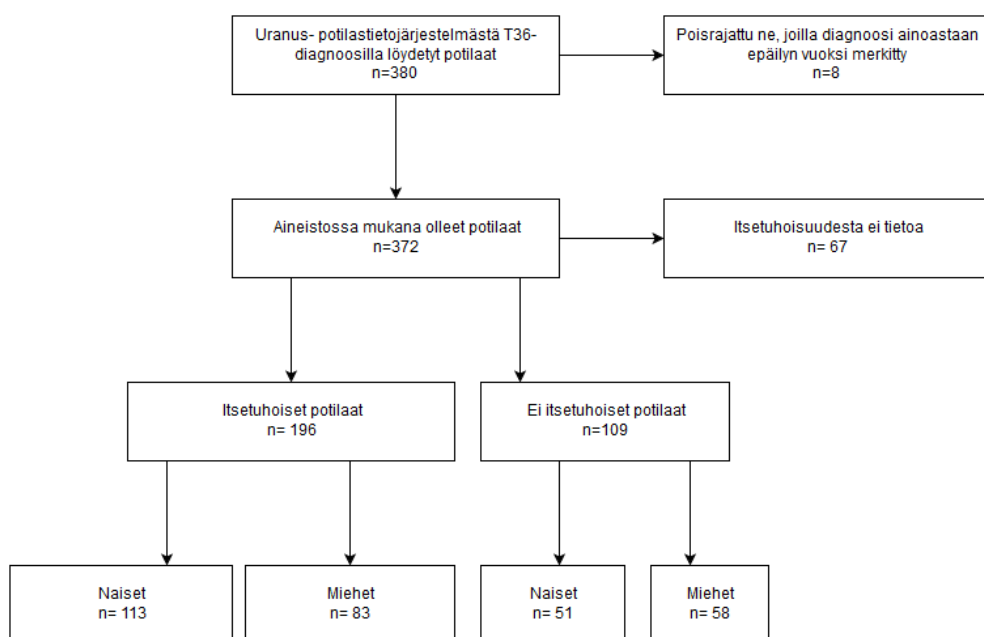
Taulukossa 1 on kuvattuna aineistoon haettuja muuttujia, jotka olivat tämän syventävien raportin kannalta olennaisia. Näiden lisäksi käytettiin hyväksi muita aineistoon kerättyjä tietoja (Liite 2).

Taulukko 1. Lääkeyliannostuspotilaiden sairauskertomuksista haetut esitiedot. Tays Ensiapu Acuta 2014.	
Oliko potilas itsetuhoinen?	Oliko henkilö päihtynyt?
Oliko aiempia itsemurhayrityksiä?	Mikä oli veren promillepitoisuus?
Aiemmat Tays:ssa hoidetut myrkytykset edeltävien 2v aikana	Oliko lääkeaineisiin olemassa resepti?
Oliko henkilöllä päihteiden väärinkäyttöä?	Käyttikö alkoholin ja lääkkeiden lisäksi muuta?
Oliko aiempaa psykiatrasta hoitosuhdetta?	Tehtiinkö psykiatrasta konsultaatiota?
Oliko potilaalla psykiatrasta diagnoosia?	Lähetettiin psykiatriseen jatkohoitoon?
Elämässä tapahtuneet takaiskut	Kuka soitti avun?

4. Tulokset

4.1. Yleisiä tuloksia

Diagnoosinumerolla T36 löytyi yhteensä 380 potilasta. Lopullisesta aineistosta poistettiin 8 henkilöä, koska heidän kohdallaan diagnoosikoodi oli kirjattu intoksikaatioepäilyä, mutta kyse ei ollutkaan myrkytyksestä. Lopullinen aineiston koko oli siis $n=372$. Intoksikaatiopotilaista 51,6 % oli naisia. Potilaiden keski-ikä oli 40 vuotta (jakauma 1-92v) ja mediaani 38v. 52,7 % potilaista oli itsetuhoisia, 18 % kohdalla tietoa itsetuhoisuudesta ollut kirjattu. Aineistoa käsiteltiin pääasiassa psykiatrinen diagnoosi- ja lääkeaineryhmien avulla.



Kuva 1. Tays Ensiapu Acutan vuoden 2014 intoksikaatiopotilasaineistojaettuna itsetuhoisiin ja ei-itsetuhoisiin tapauksiin

Potilaat jaettiin psykiatrisen diagnoosin perusteella ryhmiin sen mukaan, minkä diagnoosin hoitava lääkäri oli kirjannut hoitokertomukseen ensimmäiseksi. Diagnoosiryhmiksi valittiin 9 erilaista niin sanotun ICD- 10 koodatun päädiagnoosin perusteella (Liite 3). 1) Masennusdiagnoosit (F32.*-F33.*) 2) Ahdistuneisuushäiriöt (F4*) 3) Persoonallisuus- ja bipolaarihäiriöt (F60.* ja F31.*) 4) Alkoholi riippuvuus (F10*) 5) Muut päihteisiin liittyvät (F11.*, F13.*, F15.* ja F19.*) 6) Psykoosi (F20, F23.*, F25.* ja 29.*) 7) Ei psykiatrista diagnoosia ja 8) Ei tietoa psykiatrisesta diagnoosista.

Lääkeaineryhmät koottiin aineistossa esiintyneiden ACT-koodien pohjalta. Ryhmiksi valittiin seuraavat: 1) Unilääkkeet, 2) Opioidit, 3) Bentsodiatsepiinijohdannaiset, 4) Parasetamoli, 5) Insuliinit, 6) Psykoosilääkkeet, 7) Masennuslääkkeet ja 8) muut lääkkeet. Liitteessä 1 on kuvattu, millaisten ACT- koodien perusteella ryhmät muodostettiin. Taulukossa 2 on kuvattu lääkeaineryhmien suhteellinen käyttö koko aineistossa sekä tieto siitä, oliko potilaalle kirjoitettu resepti käytettyihin lääkkeisiin. Taulukossa 3 kuvataan lääkeaineryhmien suhteellinen käyttö kussakin diagnoosiryhmässä.

Taulukko2. Aineistossa käytetyt lääkeaineryhmät ja oliko potilaalla olemassa resepti		
Käytetty lääke	n (%)	RESEPTI n (%)
Unilääkkeet	46 (12)	29 (63)
Opioidit	52 (14)	30 (58)
Bentsodiatsepiinijohdannaiset	128 (34)	74 (61)
Parasetamoli	37 (10)	19 (51)
Insuliini	18 (5)	15 (83)
Psykoosilääke	77 (21)	61 (79)
Masennuslääke	64 (17)	48 (75)
Vain jokin muu lääke	84 (23)	23 (27)

Taulukko 3. Tays Ensiapu Acutassa v. 2014 hoidettujen lääkeintoksikaatiopotilaiden käyttämät lääkeaineet diagnoosiryhmittäin

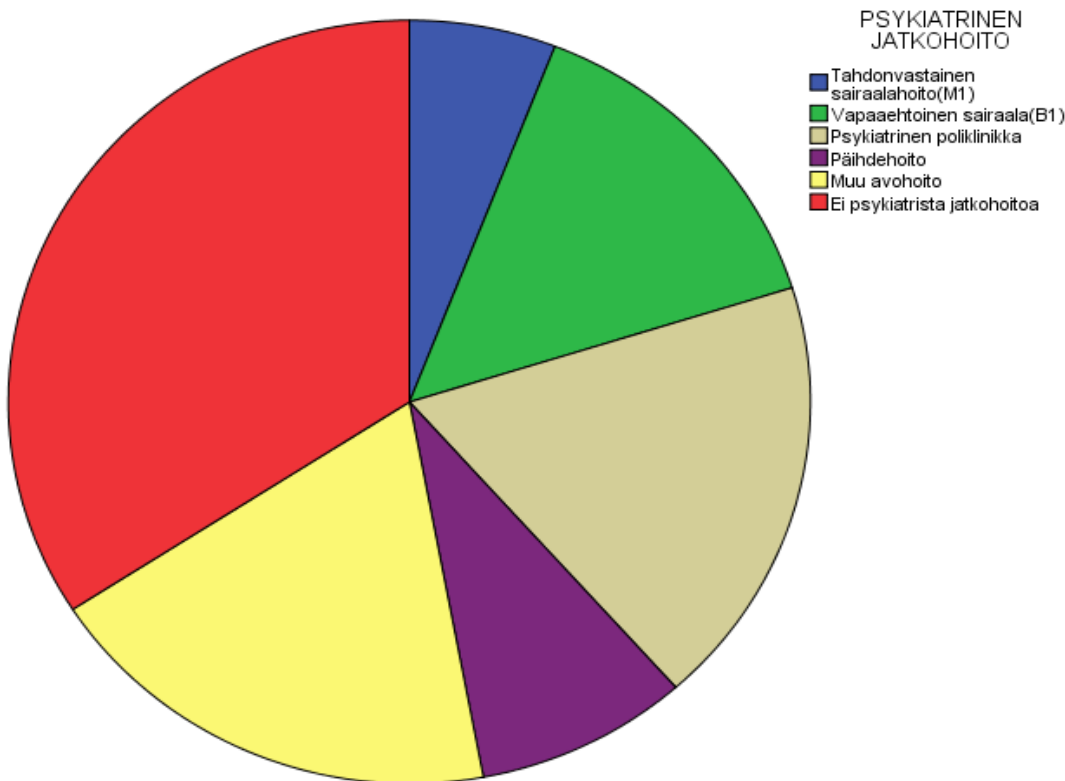
Lääkeaine ryhmä	Diagnoosiryhmä (käytetty lääke prosentteina kaikista potilaista)								
	Depressio	Muu päihderiippuvuus	Alkoholiriippuvuus	Psykoosit	Persoonallisuus- ja bipolaarihäiriö	Ahdistuneisuus- häiriö	Muu psyk. diagnoosi	Ei psyk. diagnoosia	Ei tietoa psyk. diagnoosista
Unilääkkeet	18	6	11	13	16	4	17	6	12
Opioidit	13	12	16	0	13	11	17	22	14
Bentso-diatsepamit	25	65	38	19	47	33	33	19	37
Parasetamoli	14	-	3	6	6	19	0	13	12
Insuliini	7	6	5	6	6	4	0	6	1
Psykoosilääkkeet	22	24	11	31	47	22	50	9	15
Masennuslääkkeet	24	12	17	19	31	26	17	6	5
Vain jokin muu lääke	17	12	19	19	3	33	17	38	18

Huomioitavaa taulukossa 3 on se, että osa potilaista oli käyttänyt useampaa eri lääkettä. Prosenttimäärät laskettiin käyttäen diagnoosiryhmän potilasmääriä. Bentsodiatsepiini- johdannaiset olivat yleisimmin käytetty lääkeaineryhmä lähes jokaisessa diagnoosiryhmässä. Lisäksi ne olivat yleisimmin käytettyjä tarkasteltaessa koko aineistoa (34 %).

Kellonajat analysoitiin 4 luokassa; 1= 00-06, 2=06-12, 3=12-18 ja 4=18-00. Lähteenä käytettiin järjestelmätiedoista saatuja kellonaikoja, jotka kuvasivat hetkeä, jolloin potilas kirjattiin sisään ensiapuun. Kaikista intoksikaatioista 40 % kirjattiin Acutaan aikavälillä klo 18-00. Tänä aikana tulleista myrkytyspotilaista 50 % oli itsetuhoisia. Avun soittaminen tai sen piiriin hakeutuminen vaihtelivat. Suurimman osan avusta soitti potilaan läheinen ystävä tai omainen (45 %). Itse avun soitti 11 %, ulkopuolinen avunsoittaja 15 % ja 29 % tapauksista avunsoittajasta ei potilastekstien perusteella ollut tietoa.

54 % koko aineistosta tehtiin psykiatrinen konsultaatio. Taulukossa 4 on luokiteltu konsultaation teko prosentit kussakin ryhmässä. 53 % kaikista intoksikaatioista oli itsetuhoisia. Aineiston potilaista 66 % ohjattiin psykiatriseen jatkohoitoon: 6 % M1- läheteellä psykiatriseen sairaalaan, 14 % B1- läheteellä psykiatriseen sairaalaan, 18 % lähete psykiatriselle poliklinikalle, 9 % lähete päihdehoitoon sekä 19 % lähete/kehote hakeutua muuhun avohoitoon. Kuvassa 2 on esitetty psykiatristen jatkohoitopaikkojen jakautuminen.

Taulukko 4. Psykiatrisen konsultaatio lääkointoksikaatiopotilaille diagnoosiryhmittäin Tays Ensiapu Acutassa vuonna 2014	
Muu psykiatrinen ICD 10 diagnoosi	67%
Alkoholiriippuvuus	61%
Muu päihderiippuvuus	65%
Psykoosi	81%
Persoonallisuus-/bipolaarihäiriö	72%
Masennus	78%
Ahdistuneisuushäiriö	70%
Ei psykiatrasta diagnoosia	28%
Ei tietoa psykiatrisesta diagnoosista	5%



Kuva 2. Psykiatrisen jatkohoidon jakautuminen lääkeintoksikaatiopotilailla Acutassa 2014

Potilailla, joilla oli aiempi psykiatrinen hoitosuhde jossain vaiheessa elämäänsä, esiintyi enemmän itsetuhoisia ajatuksia intoksikaation yhteydessä (64 %) kuin koko aineiston (53 %) intoksikaatioissa. 17 % koko aineiston potilaista oli yrittänyt itsemurhaa aiemmin. 10 % Uranuksen tiedoista löytyi 2 vuoden ajalta aikaisempi intoksikaatio, ja 2 %:lla aikaisempia intoksikaatioita oli useampia kuin 1 kahden vuoden aikana.

Yleisin elämässä tapahtunut takaisku koko aineistossa liittyi ihmissuhteisiin (n=333; 43 %). Toisena tärkeänä asiana nousivat esiin taloudelliset huolet (11 %). Muita todettuja syitä olivat huolet työelämässä/opiskelussa(12 %), ongelmat omassa fyysisessä terveydessä (14 %) sekä läheisen kuolema/vakava sairastuminen (14 %). Osalla potilaista tällaisia takaiskuja ei kirjausten mukaan esiintynyt (7 %). Takaiskujen olemassaolo selvisi useimmiten intoksikaation akuuttihoitoa seuranneessa psykiatrisessa konsultaatiossa. Takaiskuja ei ollut merkitty 39 potilaalle lainkaan.

Taulukossa 5 on esitettyä aineistosta löydetty takaiskut jaoteltuna sukupuolittain niiltä, joilta merkintä löytyi (n=333). Selkeästi yleisimmät takaiskut liittyivät ihmissuhteisiin, (43 %).

Taulukko 5. Lääkeintoksikaatioiden raportoimat takaiskut. Tays Ensiaipu Acuta 2014.		
	Miehet n=142 (%)	Naiset n=191(%)
Ihmissuhteet	59(18)	84 (25)
Taloudelliset huolet	22(7)	14(4)
Työhön tai opiskeluun liittyvät huolet	17(5)	22(7)
Fyysisen terveyden ongelmat	18(5)	30(9)
Läheisen kuolema tai vakava sairastuminen	13(4)	32(10)

4.2. Päihteiden käyttö potilasaineistossa

Masennus- sekä alkoholiriippuvaisten ryhmässä alkoholin käyttö oli suurinta; masentuneiden ryhmässä veren promillepitoisuuden keskiarvo 1.0, alkoholiriippuvaisilla 2.0. Vähäisintä alkoholin käyttö oli päihderiippuvaisten ryhmässä, keskiarvoisesti verenpromillepitoisuus oli 0.2.

Edellisten tutkimusten mukaan veren promillepitoisuuden ylittäessä 0,5 itsetuhoisuuden riski kasvaa [14]. Tässä aineistossa havaittiin, että myrkytyksissä, joissa veren alkoholipitoisuuden ylitti 0,5 promillea, 61 % potilaista oli itsetuhoisia. Alle 0,5 promillea puhaltaneista 57 % oli itsetuhoisia. Aineistosta saatiin tieto promillepitoisuudesta 56 % potilaista (n=207).

Potilasryhmää, joilla diagnoosina epävakaa persoonallisuushäiriö (F60.*) sekä päihteiden riskikäyttö (F10.*,F11.*,F13.*,F15.*, F19.*) esiintyi aineistossa vähän, ainoastaan 10 henkilöä (2,6%). Aineistossa oli 26 henkilöä (6,8 %), jolla päädiagnoosin lisäksi oli päihde- tai alkoholiriippuvuusdiagnoosi. Koko aineistossa päihteiden riskikäyttöä esiintyi jopa 44 %:lla, mutta osalla tätä ei kuitenkaan ollut diagnosoitu päivystyksessä vaan asia selvisi psykiatrisen konsultaation yhteydessä.

Yleisintä alkoholi- ja päihderiippuvuus oli masennusdiagnoosiryhmässä, jossa 15 %:lla oli tällainen diagnoosiyhdistelmä. Masentuneiden myrkytyksistä suurin osa oli itsetuhoisia (81 %), joskaan yksikään niistä ei johtanut potilaan menehtymiseen. Tehohoitoa tarvittiin 30 %:ssa tapauksista. Tällainen viitanee impulsiivisuuteen, jota alkoholin runsas käyttö on voinut lisätä. Huomioitavaa on kuitenkin, että koko aineistossa tehohoitoa tarvittiin 26 %:ssa tapauksista.

Lääkkeiden ja alkoholin lisäksi 13 % käytti jotain muuta huumausainetta. Päihteiden käyttö selvitettiin pikahuumausainetestillä. Analysoinnissa ei käsitelty niitä, joilla vain bentsodiatsepiinit ja opiaatit olivat positiivisia. Kyseiset lääkkeet oli otettu huomioon jo psyykelääkeaineryhmissä.

Käytössä olevia huumausaineita olivat amfetamiini, kannabis, LSD, metamfetamiini, buprenorfiini, ekstaasi, kokaiini tai lakka (gammahydroksivoihapoksi elimistössä metaboloituva huumausaine).

4.3. Kuolleisuus aineistossa

Menehtyneiden potilaiden osuus aineistossa oli pieni, $n=5$ (1,3 %). Näistä kaksi potilasta oli käyttänyt opioideja, yksi uni- ja psykoosilääkkeitä, yhden ottamista lääkeaineista ei ollut tietoa ja yksi oli käyttänyt "vain jokin muu lääkeaine"- ryhmään kuuluvia lääkkeitä. Yhden potilaan menehtymisen taustalta löytyi tieto intoksikaatioon liittymättömästä infektiosta.

5. Pohdinta

5.1. Yleinen pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla intoksikaatiopotilaiden itsetuhoisuutta ja Tays Ensiapu Acutaan tulleiden myrkytyspotilaiden psykiatrisia piirteitä vuoden 2014 aikana. Tutkimuksella pyrittiin löytämään toistuvia piirteitä, ja aineistoa käsiteltiin erilaisten muuttujien osalta eri psykiatristen diagnoosiryhmien sekä lukuisten muiden muuttujien avulla (liite 2). Mielenkiinnon kohteena tutkimusta tehdessä oli myös alkoholin käyttö myrkytysten yhteydessä sekä mahdolliset käytön erot diagnoosiryhmien välillä.

Tutkimus tuki heikosti aiemmin tehtyjä havaintoja, joiden mukaan yli 0,5 promillen alkoholipitoisuus veressä lisää itsetuhoisuuden riskiä. Kausaliteettia näiden välille ei kuitenkaan voida suoraan johtaa, sillä tutkimuksen aineistoon saatiin kerättyä promillepitoisuudet vain 56 % potilaista, ja osa puhalsi 0 promillea. Sairauskertomusmerkintöjen mukaan potilas oli useimmiten puhallutettu ambulanssissa, mutta tulosta ei kuitenkaan aina ollut kirjattu sairauskertomukseen. Tässä tutkimuksessa huomionarvoista oli myös se, että aineistoon kerätty itsetuhoisten potilaiden ryhmä koostui sekä suunnitelmallisista itsemurhayrityksistä että impulsiivisista yrityksistä. Eroa näiden kahden ryhmän välillä alkoholinkäytön suhteen ei siis tämän aineiston pohjalta pystytty tutkimaan.

Kuolleisuus aineistossa oli hyvin vähäistä, ainoastaan 1,3 % menehtyi hoitajakson aikana. Yli puolella potilaista (53 %) esiintyi kuitenkin itsetuhoisia ajatuksia intoksikaation yhteydessä. Nämä seikat viittaavat osin niin sanottuun avunhakemiseen ja epätoivoon.

Analyysia tehdessä huomattiin, että vaihtelua psykiatrisissa muuttujissa diagnoosiryhmien välillä esiintyi oletettua vähemmän. Selkeiden, toistuvien piirteiden ja diagnoosiryhmien välisten erojen esiintuominen ei onnistunut. Erityisen haastavaksi diagnoosiryhmäksi osoittautui ryhmä, joka kuvasi potilaita, joiden psykiatrisesta diagnoosista ei ollut tietoa. Usein tämän ryhmän potilaista ei löytynyt aiempaa tietoa Tays:sta ja hoitotilanteesta erilaisista syistä (mm. sekavuus, siirto toiseen hoitopaikkaan) johtuen tietoja psykiatrisesta diagnoosista ja aiemmasta psykiatrisesta hoitosuhteesta ei saatu. Ainoastaan, kun tiedoissa mainittiin selkeästi, ettei psykiatrasta diagnoosia ole, potilas luokiteltiin ryhmään ”Ei psykiatrasta diagnoosia”. Loput epäselvät tapaukset luokiteltiin ”ei tietoa psykiatrisesta diagnoosista”- ryhmään.

54 % koko aineistosta tehtiin psykiatrinen konsultaatio. Alhainen konsultaatiomäärä selittynee sillä, että henkilöille, joilla ei ollut psykiatrasta diagnoosia, konsultaation tekoprosentti oli matala (12 %). Näistä potilaista niille, joilla ei ollut tiedossa psykiatrasta diagnoosia, oli konsultaatio tehty ainoastaan 5 %:lle ja niille, joilla psykiatrasta diagnoosia ei ollut, konsultaatio oli tehty 28 %:lle. Se, ettei psykiatrasta konsultaatiota oltu pääosin tehty, voi osittain myös selittää diagnoosin puuttumista tässä potilasryhmässä. Hoitohenkilökunnan kiire, kirjausten ja esitietojen puutteellisuus ja potilaan huono kooperaatio ovat voineet estää olemassa olevien diagnoosien selviämisen. Onkin haastavaa sanoa, millainen syy- seuraussuhde näiden välillä tosiasiaassa on.

Olisi tärkeää, että myrkytyspotilaille tehtäisiin psykiatrinen konsultaatio, mikäli on epäilyä itsetuhoisuudesta. Tällöin heidät kyettäisiin ohjaamaan oikeaan jatkohoitoon ja ennaltaehkäisemään uusia myrkytyksiä tai muita itsetuhoisia tekoja sekä rakentamaan mahdollisesti toimintakykyä ja elämänlaatua kohentava hoitosuhde.

Acutan perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhdistyivät vuoden 2016 alusta ja nykyisin Acutassa toimii konservatiivisia (sisätaudit ja neurologia) ja kirurgisia potilaita hoitavat hoitoryhmät, jotka koostuvat akuuttilääkäreistä ja perinteisten erikoisalojen päivystävistä lääkäreistä. Tämä uusi jako selkiyttäneen konsultaation teon mahdollisuutta sekä kirjausten merkitsemisen ja jatkohoidon suunnittelun yhdenmukaistamista.

Päihteiden riskikäyttöä esiintyi 44 %:ssa tapauksista. 13 % käytti lääkkeiden ja alkoholin lisäksi jotain muuta päihdettä. Yleisimmäksi intoksikaatioon liittyväksi lääkeaineryhmäksi todettiin bentsodiatsepiinit (kolmasosa kaikista tapauksista). Sama havainto on tehty aiemmissakin tutkimuksissa [3]. Bentsodiatsepiineja käyttäneistä 61 %:lla oli lääkkeeseen resepti. Tämä antaa aihetta pohtia reseptien kirjoittamisen perusteita ja toisaalta lääkemääriä, joita potilas voi kerralla apteekista käydä hakemassa. Sähköinen resepti tuonee selkeyttä väärinkäyttötilanteisiin, kun lääkäri näkee potilaan aiemmat reseptit ja toisaalta pystyy mitätöimään reseptin väärinkäyttöön liittyvän huolen herätessä. Kuitenkin on hyvä huomioida myös, että bentsodiatsepiinien sijasta potilaille olisi voitu määrätä toksisempaa lääkeainetta tai jättää potilas kokonaan läkehoidotta, jolloin lopputilanne olisi voinut olla myös huonompi.

Mielenkiintoisena tuloksena tutkimuksessa löydettiin se, että myrkytysten painottumista millegään viikonpäivälle ei havaittu. Vaikka oletuksena oli, että viikonloppuisin ja maanantaina myrkytyksiä olisi eniten, jakaantuivatkin ne tasaisesti viikonpäivien kesken.

5.2. Vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksen heikkoudeksi muodostuivat potilastietojärjestelmien puutteellinen kirjaus, mikä johti strukturoidun tiedon puutteeseen. Lisäksi osaa tiedoista oli vaikeaa löytää. Aineistoa läpikäydessä huomattiin, että kaikkia vuoden 2014 aikana TAYS:n saapuneita intoksikaatiopotilaita ei ollut kirjattu T36- diagnoosilla. Kaikkia intoksikaatiopotilaita ei siis käsitelty tässä tutkimuksessa alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Aineisto koottiin kahden tutkijan toimesta. Osassa muuttujista huomattiin olevan tulkinnanvaraisuutta ja nämä seikat yhdessä kasvattivat satunnaisvirheen mahdollisuutta. Tutkijat pyrkivät kommunikoimaan ja ratkomaan hankaliksi tulkittuja kohtia yhdessä ja tämä osoittautui vahvuudeksi aineistonkeruussa.

Tässä tutkimuksessa ei pystytty erittelemään suunnitelmallisesti itsetuhoisia ja täysin impulsiivisesti tehtyjä yrityksiä eikä näin ollen vertailemaan näiden ryhmien välistä alkoholin käyttöä. Alkoholin vaikutusmekanismien ymmärtämisen selvittämiseksi tarvittaisiin lisää tutkimusta. Tällä tarkoitetaan selvyttä siitä, lisääkö alkoholi erillisenä tekijänä riskiä impulsiiviseen käytökseen vai käytetäänkö sitä tarkoituksellisesti helpottamaan tekohetken ahdistusta ja pelkoa, niin sanotusti "lubricant for suicide"[20].

Tutkimus antoi tietoa intoksikaatiopotilaista ja tapausten luonteista. Se oli yhteneväinen aiempien tutkimusten kanssa sen suhteen, että bentsodiatsepiinit ja muut psyykelääkkeet ovat yleisiä lääkeaineryhmiä myrkytyksissä. Tutkimus tuki heikosti aiempaa havaintoa siitä, että yli 0,5 promillen päihtymys lisää itsetuhoisuusriskiä. Päihteiden riskikäyttäjien suuri osuus tapauksista antaa pohtimisen aihetta terveydenhuollon ammattilaisille, kun mietitään keinoja ehkäistä itsetuhoisuutta. Lineaarisuutta näiden kahden välille ei tällä tutkimuksella voitu osoittaa, mutta se voisi toimia aiheena tuleville tutkimuksille. Useat potilaat olivat itsetuhoisia, mutta vain pieni osa oli hengenvaarassa. Tämä tulisi tunnistaa avunpyyntönä. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi pyrkiä tunnistamaan korkean riskin potilaan mahdollisimman pian, jotta toistuvilta intoksikaatioilta välttyttäisiin. Tutkimuksen mukaan sairaalaan asti päässeiden potilaiden ennuste on hyvä. Kuolleisuus tässä potilasaineistossa oli matala.

6. Lähteet

- [1] World Health Organization. Suicide prevention. Geneva: WHO;2013, Centers for disease control and prevention. Understanding suicide: fact sheet. Atlanta: CDC;201
- [2] Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkajulkaisu] [Internet]. Helsinki; 2014. [cited: 2016 Sept 14]
- [3] Maniam, T. H. B. A., Chinna, K., Lim, C. H., Kadir, A. B., Nurashikin, I., Salina, A. A., & Mariapun, J. (2013). Suicide prevention program for at-risk groups: pointers from an epidemiological study. *Preventive medicine*, 57, S45-S46.
- [4] Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American journal of psychiatry*, appi-ajp.
- [5] Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- [6] Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T ym. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015 May 20;10(5):e0126870
- [7] Conner KR, Bagge CL, Goldston DB ym. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. *Am J Prev Med*. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S204-8.
- [8] Öhberg, A., Lönnqvist, J., Sarna, S., & Vuori, E. (1993). Itsemurhatavat Suomessa: onko menetelmien saatavuudella ja rajoituksilla vaikutusta itsemurhakuolleisuuteen?. *Duodecim*, 109, 1400-1400.
- [9] Lintonen, T., & Niemelä, S. (2015). Kipulääkkeiden väärinkäyttö yleistyy.
- [10] Heikkilä, L. (2013). Intoksikaatiot Hämeenlinnan ensihoitoalueella vuonna 2012.
- [11] Häkkinen, M. (2010). Opioidit ja niihin liittyvät bentsodiatsepiinilöydökset päihdekäytössä oikeuskemiallisesti tutkituissa vainajissa Suomessa 2000-2008 (Doctoral dissertation, Helsingfors universitet).
- [12] <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielenterveyshairiot> 8.9.2016
- [13] Tintinalli, J. E., Krome, R. L., & Ruiz, E. (1992). Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 14(3), s. 1187-1231
- [14] Malin, K., Holopainen, A., & Tourunen, J. (2006). "Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan": käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka-YP 71 (2006): 3*.
- [15] Haittavaikutukset, L. (2015). Parasetamolin aiheuttamat myrkytykset Suomessa.

- [16] 3. Conner KR, Bagge CL, Goldston DB ym. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. *Am J Prev Med*. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S204-8.
- [17] 4. Ali S, Nathani M, Jabeen S. Alcohol: The lubricant to suicidality.. *Innov Clin Neurosci*. 2013 Jan;10(1):20-9.
- [18] Hoppu, K. (2002). Parasetamolimykytyksen hoito. *Duodecim*, 118(2), 187-192.
- [19] Naloxone hydrochloride- naloxone hydrochloride injection, solution. DailyMed [cited 14.11.2016]
- [20] 4. Ali S, Nathani M, Jabeen S. Alcohol: The lubricant to suicidality.. *Innov Clin Neurosci*. 2013 Jan;10(1):20-9.

7. Liitteet

LIITE 1

Lääkeaineryhmät ja ACT-koodit kunkin ryhmän osalta

1. Unilääkkeet: N05CD, N05CF, N05CH, N05CM
2. Opioidit: N02AA, N02AB, N02AE, N02AX
3. Bentsojohdannaiset: N03AE, N05BA
4. Parasetamoli: N02BE
5. Insuliinit: A10AB, A10AC, A10AE
6. Psykoosilääkkeet: N05AA, N05AB, N05AD, N05AF, N05AH, N05AN, N05AX
7. Masennuslääkkeet: N06AA, N06AB, N06AX

LIITE 2

Muuttujat, joiden avulla aineisto on kerätty

1. Oliko itsemurhanyritys?
2. Oliko antanut ennakkovaroituksen teosta?
3. Oliko aiempia itsemurhanyrityksiä?
4. Onko aiempia intoksikaatioita 2 vuoden sisällä Uranukseen kirjattuna?
- 5.-10. Intoksikaation aiheuttaneet lääkeaineet ACT- koodeina
11. Oliko resepti?
12. Oliko alkoholipäihtymystä?
13. Promillet
14. Mahdollinen muu päihde
15. Lääkkeiden ottoaika
16. Kuka soitti avun?
17. Tajunnantaso (GCS/sanallinen)
18. Hypotensio-/vasoaktiivituksen käyttö
19. Missä mahdollinen lääkehiili annettiin?
20. Tehtiinkö suolihuuhtelu?
21. Tehtiinkö vatsahuuhtelu?
22. Tarvittiinko tehohoitoa?
23. Kauanko tehohoito kesti?
24. Oliko henkitystieinfektio?
25. Oliko maksavaurio?
26. Oliko rytmihäiriö?
27. Oliko munuaisvaurio?
28. Oliko muuta somaattista komplikaatiota?
29. Mahdollisen muun somaattisen komplikaation kuvaus
30. Mitä antibioottia käytettiin, jos tarve?
31. Oliko päihteiden riskikäyttöä?
32. Tehtiinkö psykiatrasta konsultaatiota?
33. Oliko psykiatrinen diagnoosi?
34. Jos kyllä, mikä diagnoosi (ICD10)?
35. Mihin psykiatriseen jatkohoitoon ohjattiin?
36. Oliko aiempaa psykiatrasta hoitosuhdetta?
37. Mitä takaiskuja elämässä oli?
38. Menehtyikö potilas hoitojaksolla?

LIITE 3

Diagnoosiryhmät ICD10-koodiston mukaisesti

0. Muut ICD- diagnoosit. (Päädiagnoosina: F03, F06.2 ja F90.*)
1. ICD-koodit F10.* (Päädiagnoosina alkoholiriippuvuus)
2. ICD-koodit F11.*F13.*, F15.*,F19.* (Päädiagnoosina muu päihderiippuvuus)
3. ICD-koodit F20, F23.*, F25.*F29.* (Päädiagnoosina psykoosi)
4. ICD-koodit F31.*, F60.3 ja F61 (Päädiagnoosina persoonallisuushäiriö tai bipolaarihäiriö)
5. ICD- koodit F32.* ja F33.* (Päädiagnoosina masennus)
6. ICD-koodit F41.*,F42.*, F43.* ja F45.* (Päädiagnoosina neuroottinen, stressiin liittyvä ja elimellisoireinen häiriö)
7. Ei psykiatrasta diagnoosia
8. Ei tietoa psykiatrisesta diagnoosista